

ANALIZANDO LA SALUD PÚBLICA EN MENDOZA

(o apuntes para un sistema sanitario
popular y democrático)

Texto escrito por los miembros de la **Fundación Solidaridad
e Integración** para **Anabel Fernández Sagasti**, en el marco de su
carrera a la gobernación.

INDICE

INTRODUCCIÓN

RELEVANCIA DEL ESTADO Y EL GOBIERNO

¿CÓMO ESTAMOS? SITUACIÓN ACTUAL Y ESTADÍSTICAS

¿Qué COSAS SÍ SABEMOS?

ACCESO A LA SALUD: DIFICULTADES Y OPORTUNIDADES EN UN NUEVO VÍNCULO

El papel de las obras sociales sindicales y medicina prepaga

Sobre el papel de la escuela y el deporte en la salud

Sobre la Atención Primaria de la Salud (APS) y la Cobertura Universal de Salud (CUS)

Sobre los trabajadores del sistema sanitario

Sobre la salud de los trabajadores: las ART

Una política contra la inflación en la salud

La participación ciudadana y la distribución de poder

INTRODUCCIÓN

Advertimos al lector que no se encuentra frente a un texto con planes pormenorizados ni rígido: por eso pusimos la palabra “apunteS”. Son reflexiones al respecto de la Salud Pública de nuestra provincia que algunos miembros de esta Fundación han puesto en palabras. Cada una de ellas debe ser sometida al debate y la reflexión de más personas, si desea llegar a buen puerto para ser, finalmente, como aquellas coplas que, por populares, no pertenecen a sus escritores nunca más.

Para el lector adiestrado puede parecer una redundancia decir popular y democrático y vale aclararlo: es posible. La idea que atraviesa el texto (y las manos, el corazón y la cabeza de quien escribe) es que **no hay una democracia plena en sociedades en donde las decisiones -y/o los intereses que buscan las decisiones- no tengan como punto de referencia a la comunidad –“el pueblo”- tanto para ser un punto de partida, como para un punto de llegada.**

Analizar la Salud Pública es analizar los resultados de las acciones de distintos actores en un aspecto fundamental de las personas: su Salud. Procurar la salud de la mayor cantidad de personas en nuestra provincia no es tarea sencilla y tal cosa es proporcional a su importancia: La Salud es un Derecho Humano. El Estado no puede ser ajeno a ello, más aún, no puede permitirse el lujo de promover acciones que la combatan. Tal es un principio de la ética en la salud: *primum non nocere* (primero no hacer el daño), desoído por gobernantes y ministros durante años. El presente trabajo procura analizar el estado de la salud en la provincia, y proponer los cambios que, suponemos, pueden mejorar la vida de nuestros provincianos.

RELEVANCIA DEL ESTADO Y EL GOBIERNO

Aunque parezca obvio, debemos rescatar algunos conceptos. Primero: la Salud Pública y por lo tanto el Ministerio de Salud son responsables de lo que sucede en todos los lineamientos de la salud provincial, sea este estatal o no. Legalmente, el Art. 17 de la Ley N° 8830, dispone las competencias del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes y cito “**crear las condiciones** necesarias para la promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, con la **participación responsable de todos los sectores involucrados**, a fin de proporcionar cobertura integral accesible a toda la población. Promover las condiciones que permitan a los habitantes de la Provincia, a la familia y a cada uno de sus miembros alcanzar su realización, removiendo obstáculos que impidan o dificulten una correcta integración social, promoviendo el esfuerzo propio y la acción solidaria, en un marco de derechos y equidad territorial, en orden a la preservación de la libertad, la vida y el patrimonio de los habitantes, sus derechos y garantías, bajo la plena vigencia de las instituciones del sistema democrático”. El Art. 3 de la misma dice que es deber del ministro “cumplir y **hacer cumplir**” con las disposiciones resaltando la jerarquía.

Segundo, **el/la Gobernador/a es el/la primer responsable**. Ni el ministro de turno, ni la “pesada herencia”, ni cuestiones climáticas. La Constitución de la Provincia de Mendoza, en su Artículo 128° enumera las atribuciones del Poder Ejecutivo, fijando en su punto 1 que el Gobernador tiene a su cargo la administración general de la Provincia, por lo que es de su competencia aprobar las estructuras organizativas de sus dependencias.

Tercero: quien decide sobre el estado -y sobre la salud en particular- es votado por la mayoría. Debería el ciudadano saber, entonces, la situación de la salud y enterarse de las razones políticas detrás de los problemas. Lo intuirá por la propia experiencia, o por alguna que otra nota de los medios de comunicación, que no abundan, pero es poco frecuente que existan análisis de este tema cotidianamente y menos aún participación en la misma.

Frente a esto una pequeña digresión: así como en nuestra provincia el asunto de agua resulta una política de vital importancia (ver en la Sección VI, capítulo único, Departamento de Irrigación de nuestra Constitución) y es asumido como **una política de Estado** con relevancia constitucional, podríamos pensar que, en beneficio de lo más importante que tiene la provincia (sus habitantes) **el organismo encargado de salud tenga una visión a largo plazo de manera análoga**. El fortalecimiento -y re ordenamiento- de la estructura ministerial debe realizarse en aras de procurar no solo los problemas coyunturales (que son muchos y muy importantes) sino los estratégicos de largo plazo que requieren el mayor de los consensos.

¿CÓMO ESTAMOS?: SITUACIÓN ACTUAL Y ESTADÍSTICAS

“**Mal, pero no sabemos bien**”. Esa sería una respuesta sencilla, acertada y triste. El estado de nuestras estadísticas es, por lo menos, deficitario, y la culpa no está en la burocracia estatal ni en la buena o mala voluntad de quienes se encargan de esto. Para agregar, tenemos un sistema de salud tan fragmentado como el sistema estadístico. Veamos

Actualmente el sistema sanitario provincial está altamente fragmentado y existe muy poca coordinación entre estos fragmentos: tiene tres grandes decisores políticos (municipal, provincial y nacional) entrelazados con tres grandes formas organizativas (estatal, privada empresarial, privada sindical). Dentro de los Estatal tres organizaciones con particularidades propias: PAMI, FFAA (nacional) y OSEP (provincial).

Las **estadísticas** en nuestra provincia llegan por dos sistemas: el SAMEP (Sistema de Atención Médica Programada) y la oficina de Bioestadística con el programa de VIH/Sida. El primero es provincial, el segundo, nacional. Y en el futuro cercano la **Historia Clínica Electrónica (CUS)**. La primera es la información que desde el 2015 se recoge en todos los efectores públicos de atención primaria. La segunda recoge información de todos los establecimientos públicos -y en ciertos casos, algunos privados- respecto de estadísticas vitales a través de los certificados oficiales (nacidos vivos, defunción, por ejemplo) y datos suministrados por la oficina de estadística del Hospital. Su método de recolección de datos se encuentra acorde a los criterios nacionales de la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS), dependencia del INDEC.

Son varios los **inconvenientes** para saber con precisión “cómo estamos” en Salud.

1) **Insuficiente personal de Planta debidamente formada.** La burocracia estatal debe ser suficiente (en cantidad) y debidamente formada en Estadísticas para la Salud. El ritmo de aumento de la población mendocina y la aceleración de las consultas por patologías no tiene paralelamente una respuesta del estado para abarcar sus necesidades. Tal es así que las especializaciones (técnicas y licenciaturas) sobre estadísticas de este tipo se encuentran en la Santa Fe o Buenos Aires, pagas y requieren la presencia física para rendir sus materias. Una respuesta que debería dar el estado en tal asunto es aumentar la planta de estas oficinas y promover la carrera brindando becas.

2) **Registro inadecuado en centros privados.** Hospitales y Consultorios privados no aportan sino lo estrictamente obligatorio: estadísticas vitales. Para transformar Mendoza en un polo de referencia respecto a las formas de enfermar, sus factores de riesgo, sus tratamientos intentados y su eficacia es necesario tener más información y más precisa. El trabajo que se viene realizando con la Historia Clínica electrónica parece ser “la meca”, pero no lo es. Actualmente el sistema informático de los sistemas antes mencionados y este de la HC electrónica se encuentran inconexos y este último amenaza el correcto relevo de los datos por ser considerado “innecesario” llenar dos o más veces información similar para sistemas diferentes.

He aquí un problema más de adaptar “enlatados” nacionales que a su vez son sugerencias fuertes de sectores financieros internacionales (FMI, principalmente). Sería muy difícil no estar de acuerdo con la **Cobertura Universal de Salud (CUS)** en sus aspectos “de forma”. Nadie quiere que la cobertura no esté adecuadamente asegurada para todos los que habitan en estas tierras, ni que nos aferremos al papel, enamorados de lo clásico. Pero lo que ha hecho el actual gobernador radical es apurar

la adecuación de un sistema que requiere de algunos asuntos previos resueltos o, al menos, en vías de resolución. Aplicar la HC electrónica en una provincia en donde no está asegurada la conectividad en los centros periféricos o que la misma en los centros neurálgicos hospitalarios es por lo menos deficiente, es muy difícil. Se hace un trabajo arduo y muchas veces desorganizado para mostrar un logro que es impotente. La estrategia de la CUS en nuestra provincia no salió de algunos contados Centros de Salud y un hospital y esto es porque el centro del enfoque no está en la población, sino en los diarios. A nivel nacional la situación es homóloga o peor.

De allí se desprende que **será necesario armonizar los sistemas estadísticos, con programas enfocados en las necesidades provinciales y nacionales para no entorpecer el trabajo de nuestros profesionales.** La OMS ya está poniendo el ojo en este asunto, a través de la RELACSYS y bien podríamos obtener información de estas fuentes para pensar nuestras estadísticas. Se debe continuar con el trabajo iniciado por los sistemas informáticos de la HC Electrónica, pero hacerlos rápidamente intreroperables con las estadísticas nacionales, asegurando la conectividad necesaria e incluyendo a los centros privados para obtener la información segura y precisa de las patologías de los mendocinos.

Profundizando, precisamos de datos específicos y de recolección rápida (¡en InfoSalud no se encuentran estadísticas después del 2017!) para tomar decisiones tanto en contexto de emergencias, catástrofes o brotes epidémicos, como para lograr la articulación científica académica con los problemas comunes.

¿QUÉ COSAS SÍ SABEMOS?

Sabemos que tenemos la mortalidad infantil más baja de la región Cuyo (7,7 cada 1.000 nacidos vivos), que nuestra provincia es el centro de referencia de numerosas patologías de la región. Pero también sabemos **los recursos -cada vez más escasos- van perdiendo eficacia en resolver los problemas de salud de los mendocinos.** Es foto frecuente las guardias repletas de enfermos, las colas de madrugada en los hospitales para los turnos, las esperas inhumanas de una cama o una prótesis para los ancianos.

Sabemos las primeras causas de muerte de los mendocinos (enfermedades del sistema circulatorio, 30%, tumorales, 20% y respiratorias 15%) y hemos fracasado sistemáticamente en disminuir su número, aun haciendo gastos enormes. Pasos agigantados en un sentido erróneo. Sabemos que cuanto más joven el niño/a, más mortalidad tiene. La enorme mayoría son causas evitables: muchas en periodo de gestación, algunas cuantas en el parto y otras tantas referido a infecciones respiratorias. La mayoría están vinculadas al poder adquisitivo a la vivienda, al acceso a la salud de la familia. Lo que convierte cada muerte en una tragedia.

Sabemos también que, del total de consultas registradas en el sistema público, la mitad es a través de guardias. La bibliografía no abunda en estrategias para modificar el número, pero se pueden señalar dos aspectos:

- 1) La atención por guardia es rápida, se enfoca en el problema urgente/emergente, está fuertemente medicalizada, tiene poco tiempo para la escucha y la visión integral de la persona. Es extremadamente útil en problemas que amenazan la vida a mediano o corto plazo.

2) El enfermo vive con angustia sus síntomas y la mayoría de las veces se arriesga a perder tiempo en la guardia porque no es seguro el turno rápido al día siguiente en su Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) más cercano.

Frente a esto, es necesario re-pensar el sistema de APS no solo desde la gestión de turnos -difícil e insuficiente, seguramente- sino desde el vínculo que el CAPS tiene con la población a cargo. Pensar el acceso como vínculo es también dar un enfoque humano y colectivo a la APS. A continuación, nos explayaremos sobre esto.

ACCESO A LA SALUD: DIFICULTADES Y OPORTUNIDADES EN UN NUEVO VINCULO

Si uno de los articulados antes citado dice expresamente que debemos bregar por la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad empecemos por decir que quienes deben ser el foco de atención para nuestro sistema de salud es quien se encuentra enfermo (mal llamado “pacientes”) y quienes aún no enferman y que debemos evitar que formen parte del primer grupo. Con este foco lo primordial a resolver es **el acceso al sistema de salud**, de cualquier tipo -gestión estatal o privada-.

Sobre esto, debemos considerar varios aspectos. Primero: ¿Qué **dificultades económicas** se encuentra quien accede al sistema de Salud? Sabido es que la crisis social y económica actual -y las precedentes- son un factor de riesgo para la mayoría de las enfermedades, pero, además, cuando estas se dan, empieza a correr un costo extra que recae directamente sobre el individuo, o sobre el estado. O ambas.

Un problema acuciante planteado desde la OMS es que **el aumento del gasto en salud no lleva paralelamente una mejora en la salud de la población, tampoco a un aumento paralelo en la calidad de atención y, menos aún, en el grado de satisfacción de los usuarios**. Los **principales elementos de este aumento de costos están en el uso de las tecnologías** (exámenes de laboratorio e imágenes) y en aumento del consumo de medicamentos. El problema tiende a empeorar cuando no existe cobertura social: según recientes investigaciones, la falta de esta aumenta la mortalidad, independientemente de los gastos en salud.

En Argentina -y muy particularmente en Mendoza- el problema promete empeorar debido a la llamada Cobertura Universal de Salud (CUS). El actual gobernador ha hecho punta de lanza en el departamento de Guaymallén haciendo hincapié en los aspectos positivos del programa, como la HC electrónica única o la georreferenciación. Pero, leyendo detenidamente la **CUS** acarrea el problema del financiamiento, que será por cuenta del paciente una vez que su “cartilla de prestación” haya liquidado el “crédito” que el estado aseguraba. ¿de cuánto es ese crédito? Nadie lo sabe, porque depende del dinero que ingresa por el Fondo Solidario, desde los sindicatos -vale decir, de los trabajadores- y el **posible financiamiento externo**. De aquí se desprende que para sortear el aspecto económico del acceso sería pertinente **asegurar un ingreso adecuado a cada familia, para que pueda costear los eventos indeseables y mantener un sistema público de calidad, para no desplazar los pacientes al sistema privado (aumentando sus costos), pero que tampoco sea insustentable**. En el modelo económico de Macri y Cornejo eso no es posible.

Si hubiese una honesta búsqueda de una “cobertura universal” habría que basarse en estadísticas y datos geo referenciados y facilitar agentes sanitarios que salgan a buscar a quienes todavía no se vinculan -o lo hacen de manera precaria- con el sistema de salud. Hace no mucho tiempo, esa formación se daba en algunos CENS. ¿Tan difícil puede ser capacitar y dar títulos habilitantes desde la educación media y terciaria? Es, creemos, cuestión de voluntad política.

El otro aspecto del **acceso** de la salud es **geográfico**. Cada departamento de nuestra provincia, excepto Guaymallén, tiene al menos un hospital público/estatal que atiende pacientes adultos. Guaymallén tiene el único hospital estatal pediátrico de alta complejidad (Htal. H. Notti) y uno de los dos hospitales psiquiátricos. Aunque en términos de distancia ningún hospital está muy alejado de las grandes urbes encontramos dos problemas mayúsculos. Primero: La forma de acceso a hospitales como el Notti con el sistema nuevo

llamado Mendotran complica el acceso, sobre todo si hablamos de sectores rurales o urbano marginales del oeste de la provincia o Godoy Cruz. El Carrillo, que había sido pensado para salvaguardar esa situación, no ha podido modificarla. Segundo: los accesos por calles hace tiempo son un caos, por la política de maquillaje público -es muy difícil decir que son obras, con mayúsculas- que tiene la costanera y buena parte de las calles del departamento de Guaymallén o Godoy Cruz (por decir los dos ejemplos más notables).

Los centros de salud, la mayoría bien distribuidos, rechazan al paciente -y al sano, también- con la política de turnos y el horario de cierre. Así las cosas, una madre de una zona rural que, supone, se encuentra frente a una “emergencia” con su hijo/a, en plena madrugada busca los medios necesarios para acudir nada menos que a la guardia del Hospital. Gastará más dinero del que corresponde, solicitará a un vecino, se moverá con sus medios, tal vez en ómnibus. ¿Estas escenas, tan similares en Agua Escondida en Malargüe como en el Barrio La Favorita en la capital, no son evitables? Lo son.

Parte de la respuesta se encuentra en **facilitar el acceso por transporte público**. Se podría, también, asegurar guardias con médicos de familia en puntos estratégicos de la provincia, para evitar traslados innecesarios. La provincia podría coordinar de manera digital y simultáneamente, los sectores de alta complejidad (hospitalario) y el de baja complejidad (CAPS) junto al sector privado. Sobre todo, respecto a la referencia y contrarreferencia entre los distintos sub-sistemas, su consumo de medicamentos etc, para poder planificar mejor y eficientizar tanto las horas laborales como la ocupación de camas, entre otras cosas. Apartado merecería el uso adecuado de las nuevas tecnologías como la Telemedicina, ya disponible, para evitar traslados innecesarios.

Aquí debiéramos analizar el sistema de residencias y las prioridades en educación médica, pero lo comentaremos en el apartado que corresponde. Mas adelante también, analizaremos la posibilidad de realizar una Cogestión de la Atención Primaria de la Salud, para resolver estos problemas.

El papel de las obras sociales sindicales y medicina prepaga

La fragmentación del sistema público de salud tiene como participantes fundamentales a las obras sociales sindicales. Si bien es cierto que el programa sanitario del peronismo de la mano del Dr. Carrillo no las contemplaba, también es verdad que desde su surgimiento han sufrido los vaivenes propios de los sindicatos durante los gobiernos liberales. La pérdida de poder adquisitivo o la pérdida de trabajadores en blanco, por lo tanto de afiliados, pusieron cíclicamente en crisis a estas obras sociales que, muchas veces, poseen incluso una infraestructura importante, pero con manejos desconectado del resto del sistema. Sus afiliados a veces son excluidos de los hospitales públicos (aunque sea ilegal ese accionar) mientras que los servicios en sus propias obras sociales son insuficientes. Los medios se obstinan en señalar a la corrupción de sus dirigentes como la responsable de estos males, pero debemos profundizar en un análisis honesto. En tal crisis, las empresas de Medicina Prepaga empezaron a ganar espacio y a crecer como grandes empresas. Hoy, por ejemplo, se está planificando un Hospital de OSDE o ampliaciones a cargo de SWISS MEDICAL sin un adecuado análisis sanitario al respecto.

El último gobierno peronista tuvo el atino de regular con el **Plan Médico Obligatorio** (PMO) las prestaciones básicas y obligatorias de los distintos prestadores. Sin lugar a dudas esta política fue muy útil, aunque insuficiente. Además, el gobierno actual, haciendo la vista

gorda en connivencia con ciertos sectores empresariales, deja a su merced a los pacientes, que llegan por vías legales, en el mejor de los casos a la celeridad que demanda su salud.

De lo anterior se desprende que un gobierno de corte popular beneficiará más rápidamente a los sindicatos (aumento de trabajadores en blanco) de las ramas del comercio - primero- la industria -luego- y distintos servicios. En un clima de aumento de ingresos a estas obras sociales sindicales se hace más sencillo hacerlos parte de la política sanitaria provincial.

Sin embargo, la mejora de la distribución de la renta nacional y la disminución del desempleo no mejorará *per se* la situación del sistema sanitario. Deberíamos retomar lo dicho en los primeros párrafos respecto de la figura responsable de la Salud Pública mendocina para decir, luego, que ni las Empresas de Medicina Prepaga ni las Obras Sociales sindicales ni Mutuales pueden estar por sobre el interés colectivo y el poder que el Estado tiene sobre ese interés. No se trata de una lucha entre un Estatismo añejo y el liberalismo moderno: es parte de la defensa de los derechos humanos garantizar el pleno cumplimiento del acceso a la salud y los actores de esto deben obrar coordinadamente.

Sobre el papel de la escuela y el deporte en la salud

Es improbable que la participación comunitaria y la prevención de la salud se dé sin un fomento activo del estado que vincule estos dos aspectos. Como factor “democratizador” la **educación** es una herramienta fundamental a la hora de formar sobre: la autorregulación de los impulsos en convivencia, el consenso y el debate respetuoso, el entendimiento del problema ecológico como problema social, la observación sobre las sensaciones internas (el hambre, el frío, la ira, por ej.), alimentación saludable, el respeto por lo público y lo privado, entre otros elementos primordiales en donde se le dejó la exclusividad absoluta a la familia. Sin desestimar el papel del núcleo familiar, lo cierto es que la vida comunitaria debe enseñar también el cuidado de lo común.

En el tema del **deporte** es frecuente encontrar el “culpable” de la vida sedentaria de todas las franjas etarias en los adultos, exclusivamente. Son las “ganas” de los juegos electrónicos, o la “poca voluntad” del trabajador las que impiden la salud física adecuada. Sin abundar, digamos que es una posición propia del sistema en que estamos inmersos. Este sistema asumió el discurso y con cierto grado de perversidad acuñó la “pausa activa” en trabajadores mal pagos, peor alimentados y sin ninguna facilidad para desarrollar la actividad física. En una provincia en donde lo que sobra es espacio y poseemos Villa Olímpica, numerosos clubes barriales deben tenerse en cuenta que el Estado debe fomentar (sino financiar) deportes olímpicos con perspectivas a juegos internacionales, actividades en clubes barriales con perspectiva inclusiva, la participación mixta en deportes grupales ya sea fútbol (por su frecuencia y afinidad cultural) como otros deportes tan grupales como el anterior. Debería también fomentar el senderismo y andinismo como forma de apropiarse (no violentamente) de la naturaleza y el paisaje.

Sobre la Atención Primaria de la Salud (APS) y la Cobertura Universal de Salud (CUS)

La enorme mayoría de los Centros de Salud son provinciales, lo que puede facilitar la acción del plan provincial en su conjunto. Hay cuatro departamentos en donde aproximadamente la mitad de estos Centros de Salud son Municipales: San Rafael, Rivadavia, Santa Rosa y Maipú. Siguiendo a Mario Testa, podemos preguntarnos si la atención que allí se recibe es primaria -como debería ser, jerarquizada- o simplemente primitiva. Es imposible dar

una respuesta acabada en este artículo, solo diremos que existen problemas comunes observados en este aspecto de la Salud.

No se mide **calidad de atención** en estos establecimientos. Uno de los investigadores registrados en la DiCyT, al querer realizar un estudio de Calidad en APS en un Centro de Salud municipal en la Capital mendocina fue amablemente disuadido: “póngase en mi lugar -decía la responsable del área- qué pasaría si los datos arrojan una mala calidad de atención, se diría por los diarios que en los barrios pobres se atiende con deficiencias”. Debemos remarcar que uno de los trabajos más útiles para medir calidad son los de Elsa Moreno, quien incluye entre los métodos para medirla la opinión de los pacientes atendidos. El temor de la funcionaria era fundado, su respuesta era peligrosa.

Faltan especialistas clínicos (Pediatras, Gineco-obstetras, médicos de familia). El mercado laboral médico se encuentra altamente concentrado en las urbes, con una diferencia salarial entre privado y público importante, que lleva al trabajador a buscar trabajos en el sistema privado, salvo preferencias personales. Tal situación lleva, por un lado, a tener alta circulación de profesionales “golondrinas” que trabajan un tiempo breve en el sistema público de atención primaria, para emigrar en unos años a otro lugar. Por el otro, médicos de menos experiencia, recién recibidos, suelen buscar su trabajo en estos lugares hasta tanto hacen Residencia o encuentran medios mejores de subsistencia. Es evidente que uno de los asuntos a trabajar es el **salario de los trabajadores en APS**. Existe un ítem en el bono de sueldo llamado en la jerga cotidiana “ítem centro de salud” que bien podría ser una forma de incentivar el trabajo en la APS. Pero respecto de este asunto hay posibles resoluciones de fondo, que también habría que tener en cuenta: salario mayor para las residencias médicas que el ministerio juzgase como prioritarias. Existe ya esa prioridad a nivel nacional, gracias a la cual algunas residencias reciben un incentivo que les permite aumentar sus plazas, mientras que la provincia tiene una actitud al menos pasiva. Por otro lado, y enmarcado en un plan provincial o nacional de vivienda, debe pensarse en el arraigo de los trabajadores de la salud en la comunidad donde se desempeñan, facilitando una vivienda en la misma.

Sin explayarnos como debiéramos, consideremos que dentro de la re-funcionalización de la APS debe considerarse algunos aspectos de la **Ley de Salud Mental**, respecto de su manejo comunitario y el enfoque por capacidades de los pacientes. Los especialistas no deberán ser mayor en su número, necesariamente, sino tener formación en la atención primaria, puesto que la mayoría se desempeña en el ámbito privado y/u hospitalario. Aquí podemos mencionar también los aspectos preventivos y seguimiento comunitario de los usos y consumos problemáticos de drogas lícitas e ilícitas.

Sobre los trabajadores del sistema sanitario

Sería óptimo hacer coherente los lineamientos nacionales con las necesidades regionales. Hace poco el sistema de residencias provincial adhirió al examen único que rige en la mayoría de las provincias. Esto permite que alguien que rinde para una especialidad pueda optar por cargos en otras provincias sin tener que hacer el examen nuevamente. Es sabido que el examen, en su contenido y bibliografía, “guía” el estudio del futuro trabajador, por lo que se debe poner especial énfasis en coordinar con el Ministerio de Educación (y la CONEAU) y la Federación Argentina de Facultades de Medicina (FACIMERA) el plan de estudios de las facultades de ciencias médicas **para brindar un profesional joven con habilidades en el campo de la APS** y que se sienta estimulado a elegir especializaciones relacionadas con la clínica médica (pediátrica, de adulto y de familia) y puedan rendir los exámenes con buenos

resultados. Otra variante podría ser acoplar las residencias a los últimos años del título de grado, cuestiones que se discuten en el ámbito de la formación médica, sin proyectos concretos aún, para reducir la circulación de profesionales que se desempeñan en ámbitos centrales (APS, o emergencias) por cortos periodos de tiempo y sin la debida formación.

Deberíamos, también, pensar en modificar la Ley de Residencias y cambiar la figura por la que cobra el profesional, cuidando lo que es: un salario. El reconocimiento al trabajo asalariado formal es una manera de garantizar el Trabajo Decente (OIT).

Pensamos en las necesidades regionales y rescatamos que en Cuyo existen una escuela pública de medicina y tres privadas (UDA, UM, UCA); mientras que son seis las instituciones que forman en enfermería. **El trabajo de coordinación del ministerio con las distintas facultades debe tener una visión regional, para asegurar la competencia de aquellos que se desempeñarán en provincias vecinas.**

Algo que de ninguna manera podemos olvidar es la **falta de profesionales enfermeros** en nuestro país. Citando datos de la OPS del 2018 recientemente un famoso matutino escribe **“Argentina posee una de las tasas más bajas de enfermeros por habitante en la región con 4,24 enfermeros cada 10.000 habitantes,”** cifra que se encuentra muy por debajo de la media regional. Si los comparamos con los médicos, la relación es la mitad en número, cuando las sugerencias internacionales sugieren que debe ser de dos a cuatro enfermeros por médico/a. A su vez, en nuestro país el 13% son licenciados, el 45% técnicos y el 41% auxiliares. Tengamos en cuenta el enorme conflicto que representa para la salud pública no estimular la carrera de licenciatura y, más aun, la especialización en Salud Pública o similares, para obtener mejores resultados. Respecto de esta situación, es importante también la coordinación de los distintos agentes formadores de profesionales y licenciados en enfermería, así como también los que forman en alguna especialización, tan necesarios en hospitales organismos jerárquicos.

En la provincia funciona la **Dirección de Ciencia y Técnica (DCyT)**, cuyo objetivo es “ejercer la rectoría y la gobernanza del Ministerio de Salud en el desarrollo y fortalecimiento de un sistema de investigación en salud clínica y sanitaria, concebido como un proceso de producción del conocimiento, en relación a las condiciones de salud y las respuestas sociales que se implementan para mejorarlas”. Desde hace algunos años se becan investigaciones referidas a la Salud Pública y eso es positivo. Pero, volviendo al déficit del sistema estadístico es obvio que estamos desperdiciando un recurso muy valioso. Solo en nuestra provincia, existen hospitales de referencia regional y tres facultades de ciencias médicas. Deberíamos agilizar la recolección de información valiosa y coordinar con la DiCyT, las facultades, los hospitales y los distintos centros de salud de cabecera para investigar y hacer protocolos de diagnóstico y tratamiento que busque con eficacia la disminución de la morbi-mortalidad. Sería un paso previo para replicar “Framingham” en nuestra región y poder dar respuestas autónomas, sin necesidad de copiar de otros textos (nacidos en otras sociedades) las formas de responder en salud.

Sobre la salud de los trabajadores: las ART

Los trabajadores en general desconocen su ART, organismo que muy pocas veces fue útil en la prevención de accidentes de trabajo y solo respondió cuando era ineluctable sobre un accidente laboral. La política de gestión del riesgo laboral en materia preventiva está ausente y, al judicializarse buena parte de los reclamos son el sistema público o el de obras sociales sindicales los que responden por ellos asumiendo los costos. Más del 90% a nivel nacional de las patologías derivadas del trabajo son atendidas por fuera del sistema ART. A su

vez, recalcamos que son empresas con fines de lucro, que siguen intereses empresariales encontrados con el interés general. Mendoza bien podría tener, al igual que Santa Fe **un Instituto Provincial de Riesgo de Trabajo** que asuma la responsabilidad de sus trabajadores (primero, tal vez los estatales, luego podría ampliarse a los privados) y cuente también con las ganancias que otrora se dirigían a las ART. Aquí también deberíamos resaltar el papel que podrían tener las universidades en esto, probablemente a través de un comité.

Una política contra la inflación en la salud

En la Argentina de Mauricio Macri (y en la provincia de Cornejo) la inflación se ha llevado buena parte de los salarios, impúdicamente **arrebata sobre todo a los sectores más desprotegidos en alimentos de primera necesidad (que bajan su calidad al ritmo del salario) y en medicamentos**. Esto último afecta sobre todo a enfermos crónicos, es decir, nuestros ancianos, considerando que el incremento de los medicamentos duplicó al de la jubilación. El **página12 rescata el siguiente dato: “En el caso de los más consumidos por los jubilados, como los que se recetan para tratar la hipertensión y otras afecciones cardiovasculares, los aumentos acumulan más del 540 por ciento. En cambio, la jubilación mínima tuvo en el mismo período una recomposición de sólo el 172 por ciento”**. El gobierno de Macri tiene vínculos políticos con los grandes laboratorios y las farmacias/kioskos tipo Farmacity (ejemplo no casual, pues su CEO es amigo íntimo del presidente). “La salud como mercancía” es el aforismo que bien podría sintetizar todo. Digamos además que, en nuestra provincia, el mes de junio, en el cual la inflación fue del 2.6%, el rubro atención médica y gastos de salud fue de 4,1%, encabezando la lista. El dato tiene paralelo nacional.

El gobierno provincial muestra como un éxito el haber centralizado las compras de materiales y medicamentos del estado, haciendo uso de su poder oligopsónico (comprador casi exclusivo y que siempre paga) para bajar el precio y homogeneizarlo. Si bien esta política es útil lo único que hace es mejorar algunos números estatales y eso no lo están haciendo para agilizar la inyección de dinero en otras áreas más importantes, sino para mostrar el “déficit cero” que solicitaba el pacto fiscal. O sea, el FMI.

Una política que puede ser útil para mejorar el precio y disponibilidad de medicamentos es hacer uso de **las leyes Provincial 5897/92 y Nacional 26.688/11 para invertir en el desarrollo de drogas**. Tenemos un Laboratorio de **producción pública de medicamentos** que, con una baja inversión relativa podría ponerse en funcionamiento para proveer a una parte del sistema público de salud y, a su vez, competir con el resto de los laboratorios morigerando sus precios. Además de dar trabajo técnico y científico.

Ya la OMS nos da el marco necesario, pues considera que el acceso a los medicamentos constituye un elemento fundamental del “Derecho a la Salud” y este se considera como uno de los derechos humanos inalienables que el Estado tiene la obligación de garantizar para su población. Es por esto que los mismos se declaran como **“bienes sociales”**.

Al comienzo sería necesario el crédito para las mismas, pero con muchas posibilidades de hacer una devolución en tiempo y forma habida cuenta el buen negocio que es la producción de medicamentos. Además, es una forma de generar trabajo en las ramas sanitarias y químicas de la provincia, utilizando mano de obra disponible que egresan anualmente de las distintas facultades.

Recordemos, antes de terminar, que los determinantes de la salud no son individuales, ni dependen exclusivamente de la voluntad de los enfermos. Citamos a la OMS, quien hace diez

años nos decía: Los determinantes “son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.”

La participación ciudadana y la distribución de poder

Ya la declaración de Alma ata decía: "El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud". Hay algunas experiencias previas en Brasil, cuna de la Salud Colectiva, y otras tantas en nuestro país. Si seguimos las palabras de Floreal Ferrara “la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos...” corresponde decir que el primer conflicto que debemos resolver es quienes son los que deben decidir en salud: ¿es un campo exclusivo del especialista? ¿una función excluyente del estado o un director del centro de salud? ¿está necesariamente supeditado a los caprichos de Ministerio Hacienda o de un prestamista internacional? Pensamos que no.

La participación ciudadana no debería ser un mero slogan y el éxito se demostró en esta misma provincia, de la mano del “Macuca” Llorens, cuando hizo el Barrio San Martín, “fuera de la ley”. Comunitariamente se deben discutir los problemas y la composición heterogénea y el debate con y sin fricciones siempre es útil cuando hay voluntad de mejorar el sistema. Las soluciones debatidas son mejores pues la inteligencia colectiva ha demostrado ampliamente su superioridad frente a cualquier fórmula prestada. ¿Qué poder real puede tener una comunidad si no tiene la posibilidad de decidir una parte de los recursos públicos? **El presupuesto debe ser participativo**, entonces; debemos dar un espacio y un tiempo para que la comunidad debata y acerque sus propuestas, que tenga representantes y sean respetados.

Los equipos nucleares, ampliados y matriciales sugeridos desde la CUS bien pueden ser parte de este pensamiento, con la salvedad de que la CUS no prevé la participación popular en las decisiones del equipo. También, y en aras de observar con criterio de los determinantes sociales de la salud, debe darse el espacio para que participen otros profesionales no vinculados directamente a ellas (sociólogos, pedagogos, etc)

¿Quiere lograrse de verdad una Cobertura Universal? Será necesario entonces aumentar el presupuesto, mejorar el crédito -hoy, imposible-, facilitar la producción pública de medicamentos e insumos en general, agilizar el acceso a la atención, fortalecer al Estado como decisor político y coordinar con el resto de los actores como Medicina Prepaga y Obras Sociales Sindicales, Educación y Deportes y decidir todo esto con la participación ciudadana, haciéndola parte integrante de la gestión.

AUTORES:

DR. JORGE D. PUJOL

DR. PABLO J. VIDELA VILÁ

DR. FERNANDO VERA VASQUEZ

